

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証再交付申請書

美 祢 市 長 様

		申請日	年	月	日
申請者	氏名			被保険者との関係	
	住所				
電話番号					

※ 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記入不要です。

※ 申請者が被保険者と異なる場合、委任状を添付してください。

被保険者	被保険者番号		生年月日	明・大・昭	
	フリガナ			年	月 日
	氏名			性別	男 ・ 女
	住所				
電話番号					

上記被保険者の社会福祉法人等利用者負担軽減確認証の再交付を申請します。

申請の理由	<p>※ 該当する箇所に☑してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 紛失・焼失</p> <p><input type="checkbox"/> 破損・汚損</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p> <p>※ 証を破り、又は汚した場合は、その証を当申請書に添付してください。</p>
-------	---